14399

Lane Medical Library

Ovarientumoren

als

Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

UND

ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 23. August 1873

VON

Justus Brons

aus Emden.

OPPONENTEN:

H. Alberts, Dd. med.
Th. Westerhoff, Dd. med.
G. Kalischer, Dd. med.

BERLIN.
Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).
Marienstr. 10.

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Die Literatur über die Ovarientumoren ist in neuerer Zeit so überreich angewachsen, dass es in der That als ein undankbares Beginnen erscheinen möchte, wollte ich versuchen, dieselbe in dieser meiner Inaugural-Dissertation noch zu vermehren. Nach einer Richtung hin scheinen mir die Eierstocksgeschwülste indessen bisher weniger Beachtuug gefunden zu haben, ich meine in Beziehung auf ihr gleichzeitiges Vorkommen mit Schwangerschaft, ihren Einfluss auf den Verlauf derselben so wie auf den des Geburtsactes und des Wochenbettes.

Herr Geh.-Rath Prof. Dr. Martin hat die Güte gehabt mir zu gestatten, einige in dem hiesigen geburtshülflichen Institut genauer beobachtete Fälle dieser Art der Oeffentlichkeit zu übergeben, und ich möchte diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne dem Geh. Rath Prof. Martin für seine gütige Unterstützung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen. Nicht minder bin ich den Assistenten an der Anstalt, den Herren Dr. Löhlein und Dr. P. Ruge verpflichtet, ohne deren Mitwirkung es mir nicht möglich gewesen wäre, eine eingehendere Beschreibung der Fälle zu liefern. Auch diese Herren bitte ich meinen Dank entgegenzunehmen.

Ich beabsichtige im Nachfolgenden zuerst eine Darstellung der betreffenden Fälle zu geben und sodann

einige allgemeine Bemerkungen über die erwähnte Complication der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes so wie über das therapeutische Verfahren bei derselben folgen zu lassen.

I. Fall. Frau D., 33 Jahre alt, Primipara. In ihrer Kindheit und Jugend war sie stets gesund, wurde im 15. Lebensjahre zum ersten Male menstruiert und hatte von dieser Zeit an ihre Periode stets regelmässig und stark. Seit der Mitte des vorigen Jahres ist sie verheirathet. Die Menstruation cessierte seit dem October desselben Jahres. Schon vor dieser Zeit bemerkte Patientin in der Mitte ihres Abdomen eine Resistenz, die ihr indessen nur geringe Beschwerden machte. Nach dem Eintritt der Conception steigerten sich die Beschwerden mehr und mehr, es traten Schmerzen im Abdomen auf, und Patientin hatte das Gefühl eines fremden Körpers in demselben, der sich bewege, wenn sie ihre Lage verändere. Da sie sich für schwanger hielt, deutete sie sich dies als Kindsbewegungen. Bald stellten sich nun erhebliche Störungen in den Functionen der Blase und des Rectum ein, Dysurie und äusserst hartnäckige Obstipation; auch konnte Patientin nur noch mit grosser Mühe gehen. Sie suchte daher im Januar dieses Jahres die Anstalt auf. Herr Geh. Rath Prof. Martin constatierte neben der Gravidität im dritten Monat eine vom linken Ovarium ausgehende Geschwulst, welche hauptsächlich in der regio iliaca sinistra lagerte und das Abdomen bereits bis zu einem Umfange von 92 Ctm. ausdehnte. Es war vorauszusehen, dass die Beschwerden der Patientin mit dem zunehmenden Wachsthum des Uterus sich steigern würden, und in der That

hatte die Frau in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, abgesehen davon, dass ihr das Gehen nunmehr fast unmöglich war, viel an Herzklopfen und an einer ziemlich hochgradigen Dyspnoe zu leiden. Auch ein Oedem der linken unteren Extremität stellte sich ein. Symptome eines drohenden Abortus sollen indessen nie vorhanden gewesen sein.

Die Schwangerschaft erreichte vielmehr trotz aller dieser Störungen ihr normales Ende und am 19. Juli dieses Jahres Nachmittags stellten sich die ersten schwachen Wehen ein, die im Laufe des Tages und der darauffolgenden Nacht rasch an Intensität zunahmen. Um diese Zeit ordnete der behandelnde Arzt den Transport der Kreissenden von ihrer Wohnung nach der Anstalt an. Diese Procedur hatte auf die Wehenthätigkeit einen äusserst ungünstigen Einfluss. Die Kreissende bot bei ihrer Ankunft schwache und sehr unregelmässige Wehen dar und zeigte sich ausserdem im höchsten Grade erregt und ängstlich.

Es wurde nunmehr zunächst die äussere Untersuchung vorgenommen, welche Folgendes ergab. Das Abdomen war unregelmässig ausgedehnt, die regio iliaca sinistra von einem Tumor ausgefüllt, der Uterus nach rechts herübergedrängt. Bei Lagerung der Kreissenden auf der rechten Seite glitt auch der Tumor nach rechts herüber, nahm aber in der Rückenlage der Patientin seinen früheren Platz in der regio iliaca sinistra wieder ein. Durch die Bauchdecken war an einzelnen Stellen deutliche Fluctuation nachweisbar, an anderen konnte man höckrige Prominenzen durchfühlen. Alles sprach dafür, dass der Tumor eine vom linken Ovarium aus-

gehende, langestielte und daher sehr bewegliche, zum Theil mit flüssigem Inhalt erfüllte, multiloculaire Cystengeschwulst sei. In dem, wie erwähnt, nach rechts herübergedrängten fundus uteri war der Steiss des Kindes, rechts davon waren kleine Theile zu fühlen. Die Herztöne der Frucht waren am lautesten in der Mittellinie etwas oberhalb des Nabels hörbar; Zahl derselben circa 120 in der Minute. Der Umfang des Leibes betrug in der Höhe des Nabels 106 Ctm., in der Mitte zwischen Nabel und fundus uteri 97 Ctm., die Höhe des letzteren über dem Nabel 19, über der Symphyse 38,5 Ctm.

Die innere Untersuchung ergab den Muttermund bis auf einen schmalen Saum vorn und rechts völlig erweitert. Der Kopf des Kindes war bereits in den Beckeneingang herabgetrieben, so zwar, dass das nach hinten gelegene Scheitelbein unter das vorn liegende geschoben erschien. Die Kopfgeschwulst begann sich zu bilden.

Die Kreissende klagt fortwährend und erscheint sehr angegriffen und erschöpft. Die Untersuchung des Herzens ergiebt einen mässig verbreiteten Spitzenstoss, Herztöne dumpf, jedoch keine deutlichen Geräusche zu vernehmen. Pulsfrequenz 136. Temperatur 37,6. Da seit längerer Zeit kein Harn entleert worden, so wird mit Hülfe des Katheters eine nicht sehr erhebliche Quantität desselben abgenommen. Derselbe ist von dunkelgelber Farbe, zeigt eine saure Reaction, ist indessen frei von Eiweiss.

20. 7. Morgens 5 Uhr. Die Wehen sind noch immer schwach und unwirksam, dagegen hat die Aufregung

und die Angst der Patientin zugenommen. Sie erhält 1,0 Chloralhydrat, so wie nach einiger Zeit eine subcutane Injection von Morphium hydrochloratum 0,015. Darnach legt sich die Aufregung, die Wehenthätigkeit cessiert vollständig, Parturiens klagt nicht mehr und verhält sich vollkommen ruhig, ein leichter Schlaf erquickt sie.

20. 7. Nachmittags 5 Uhr. Hin und wieder stellen sich von Neuem Wehen ein. Am Muttermunde besteht indessen noch immer der schmale Saum vorn und rechts. Der Kopf ist etwas tiefer getreten, die Kopfgeschwulst hat erheblich zugenommen. Der Urin wird, da er spontan nicht entleert werden kann, nochmals mit dem Katheter abgenommen.

20. 7. Abends 9 ¼ Uhr. Der Saum des Muttermundes ist straff um den Kopf gespannt, die Kopfgeschwulst ist jetzt sehr beträchtlich, jedoch sind die Herztöne der Frucht noch deutlich oberhalb des Nabels vernehmbar.

20. 7. Abends 11 ½ Uhr. Status idem. Die von Zeit zu Zeit auftretenden Wehen haben noch nicht den Character der „Treibwehen".

21. 7. Morgens 3 Uhr. Seit etwa einer Stunde sind nunmehr in regelmässigen Abständen auftretende Treibwehen vorhanden, die vollkommen normal ansteigen und abfallen. Der Kopf ist etwas tiefer in die Beckenhöhle hinabgetreten, vom Muttermunde ist nur noch vorn ein ganz schmaler Saum nachweisbar, die Kopfgeschwulst erscheint ungemein gross.

Die anscheinend sehr energischen Treibwehen fördern indessen die Geburt nur langsam; es warf sich

daher die Frage auf, ob es nicht für Mutter und Kind möchte wünschenswerth sein, die Geburt zu beschleunigen. Namentlich in Rücksicht auf erstere schien eine Beschleunigung nicht allein wünschenswerth, sondern sogar geboten. Die nunmehr bereits 36 Stunden andauernde Geburtsarbeit hatte die Frau schon in hohem Grade erschöpft, der fest contrahierte Uterus einerseits, die straff gespannten Bauchdecken andererseits comprimierten nothwendigerweise die Cystengeschwulst in einem Maasse, dass eine Ruptur derselben durchaus nicht ausser dem Bereiche der Möglichkeit lag. Die Folgen einer solchen Ruptur wären unberechenbar gewesen. Ueberdies stand der Anlegung des Forceps nichts im Wege. Die mütterlichen Weichtheile waren hinreichend vorbereitet, der Kopf des Kindes stand bereits im kleinen Becken, vollkommen „zangenrecht."

Man schritt daher zur Einführung der Zange, welche ohne grosse Schwierigkeit gelang; nicht minder leicht war die Extraction des Kopfes. Die Operation wurde indessen nicht ausgeführt, ohne dass die Kreissende zuvor narcotisiert worden wäre. Der Austritt der Frucht erfolgte Morgens 3 Uhr 10 Min. in erster Schädelstellung. Das lebend geborene Kind war zwar stark asphyktisch, indessen gelang es nach einigen Bemühungen die Respiration in Gang zu bringen. Es war ein vollkommen entwickelter, kräftiger Knabe, welcher 3520 Grm. wog und vom Scheitel bis zur Ferse 54 Cm. maass.

Da die Nachgeburt trotz längeren Reibens und Drückens des Muttergrundes nicht zu Tage kam, auch ein ziemlich profuser Blutabgang sich einstellte, so

wurde nach Verlauf einer halben Stunde in der Narcose, bei Lagerung der Frau auf der rechten Seite, die Placenta, welche mit ihrem oberen Drittel der hinteren Uteruswand fest adhärierte, gelöst und darauf entfernt.

Nach der Entbindung fühlte sich die Frau, abgesehen von der durch die lange Geburtsarbeit bedingten Erschöpfung vollkommen wohl. Zur Linken des wohl contrahierten Uterus fühlte man durch die Bauchdecken den reichlich mannskopfgrossen Tumor. Das Wochenbett nahm im Ganzen einen normalen Verlauf. Während der ersten fünf Tage desselben stellte sich wiederholt eine lebhafte Schweisseruption ein, auch traten mehrmals leichte Frostanfälle, begleitet von lebhaften Kopfschmerzen, auf, indessen von einer irgendwie erheblichen Temperatursteigerung war zu keiner Zeit die Rede. Die Temperatur schwankte zwischen 37,5 und 38,5, nur einmal, am Abend des zweiten Tages, erreichte sie die Höhe von 39,0. Die Pulsfrequenz bewegte sich innerhalb der Grenzen von 90—120. Was das Verhalten der Geschwulst während des Wochenbettes anlangt, so ist zu bemerken, dass dieselbe eine merkliche Volumszunahme nicht darbot. Am 4. Tage wurde der Leibesumfang über der stärksten Prominenz derselben zu 93 Cm. gefunden; die Palpation durch die Bauchdecken liess erkennen, dass der Tumor in der Mittellinie den Nabel um circa 2 Cm. überragte, links dagegen noch einige Cm. weiter hinaufreichte. Eine am 13. Tage des Puerperium, am 2. August, am Tage der Entlassung der Frau aus der Anstalt, vorgenommene Untersuchung ergab in Beziehung auf die Geschwulst noch genau dieselben Verhältnisse.

Da der Tumor für die Exstirpation günstige Bedingungen darzubieten schien, so rieth man der Patientin die Ovariotomie an, welcher Operation sich im October oder November dieses Jahres zu unterziehen, die Frau sich bereit erklärte. Man wird alsdann in der Lage sein, Näheres über die Natur und die sonstigen Verhältnisse der Geschwulst in Erfahrung zu bringen.

II. Fall. Frau W., 34 Jahre alt, Viertgebärende. Sie will als Kind immer gesund gewesen sein und giebt an, dass die Menstruation erst im 20. Lebensjahre aufgetreten sei; von da ab sei dieselbe ohne jegliche Beschwerden in dreiwöchentlichen, nach der ersten Entbindung aber in vierwöchentlichen Zwischenräumen erschienen. Bis zum Jahre 1865 behauptet die Frau stets vollkommen gesund gewesen zu sein; im Winter des genannten Jahres wurde sie, angeblich nach einer starken Durchnässung und Erkältung, plötzlich von äusserst heftigen, krampfartigen Schmerzen im Unterleibe befallen, denen unmittelbar ein Gefühl von Taubheit und Abgestorbensein des ganzen Körpers gefolgt sein soll. Zweckmässiges Verhalten, Schwitzen u. s. w. beseitigten indessen diese etwas räthselhafte Affection rasch. Sie verheirathete sich alsdann im Jahre 1866 und concipierte. Im März des Jahres 1867 wurde die Frau zum ersten Male nach einer ohne Störung verlaufenen Schwangerschaft von einem lebenden Kinde entbunden. Sie giebt an, dass die Entbindung schwer gewesen, schliesslich jedoch, nachdem sie sich fast zwei Tage lang hingezogen, ohne ärztliche Hülfe zu Stande gekommen sei. Die Aus-

sage der Frau, dass sie von dieser Zeit an eine langsam, aber stetig fortschreitende Umfangszunahme ihres Leibes beobachtet habe, ist in so fern nur mit Vorsicht aufzunehmen, als sie die anfangs in dieser Beziehung an sie gerichteten Fragen durchaus incorrect und unsicher beantwortete, ohne diesen Termin zu erwähnen. Im Wochenbett überstand sie eine Mastitis, die zur Abscedierung führte und mehrfache Incisionen nothwendig machte. Von Neuem schwanger geworden, gebar sie im September 1868 leicht ein zweites lebendes Kind. Während ihrer dritten Schwangerschaft will sie vielfach gekränkelt haben und wiederholt von unangenehmen Empfindungen im Abdomen, welches auffallend stark gewesen sein soll, gepeinigt worden sein. Indessen erfolgte die Geburt eines lebenden Kindes wiederum leicht und glücklich im November 1869. Die Wochenbetten nach diesen beiden Entbindungen waren vollständig normale. Den Beginn ihres continuierlichen Leidens verlegt die Patientin an das Ende des Jahres 1870, wo sich angeblich wieder nach einer Erkältung dieselben krampfartigen Schmerzen im Leibe wie vor fünf Jahren einstellten; auch begannen zu dieser Zeit die Menses unregelmässig zu werden. Nach öfterem Gebrauch reizender Fussbäder sollen dann im Februar 1871 grosse Stücke geronnenen Blutes aus den Genitalien abgegangen sein. Patientin glaubt indessen nicht damals schwanger gewesen zu sein und abortiert zu haben. In demselben Monate überstand Patientin die Pocken. Die krampfartigen Schmerzen, die anfangs nur in Pausen von einem Monat und mehr auftraten, stellten sich bis zum Herbst des Jahres 1871

in immer kürzeren Zwischenräumen ein, die Ausdehnung des Abdomen nahm mehr und mehr zu, die Menses wurden immer spärlicher und unregelmässiger, Patientin magerte in hohem Grade ab und wurde schwächer und schwächer. Sie suchte daher im Herbst 1871 die gynaekologische Abtheilung der Charité auf. Leider standen mir die Annalen der Charité nicht zur Verfügung; ich habe so nur in Erfahrung bringen können, dass dort die Punction einer Ovarialcyste vorgenommen wurde, durch welche eine ansehnliche Quantität von Flüssigkeit entleert worden sein soll. Nach der Punction verminderten sich die Beschwerden der Patientin, die Schmerzen verloren sich allmählich, und ihre Kräfte nahmen wieder zu. Nur beim Aufrichten hatte sie unangenehme Empfindungen im Abdomen. Die Cyste füllte sich nach der Punction nicht wieder an. Zum vierten Male concipierte nunmehr die Frau und wurde am Ende der ohne wesentliche Störungen verlaufenen Schwangerschaft am 22. April 1873 nach kaum dreistündiger, normaler Wehenthätigkeit von einem lebenden, kräftig entwickelten Knaben entbunden. Die Nachgeburt wurde nach Ablauf einiger Zeit leicht durch die Credé'sche Manipulation entfernt. Nach der Entbindung konnte man mit Hülfe der Palpation im Abdomen deutlich zwei isolierte, an einer Stelle jedoch anscheinend durch ein breites, straffes Ligament mit einander verbundene Tumoren nachweisen. Der in der linken Seite des Abdomen lagernde, bis zum Nabel hinaufreichende Tumor, welcher sich nach der Entfernung der Placenta noch erheblich verkleinerte, war unzweifelhaft der Uterus. Die rechte Hälfte des Ab-

domen occupierte das erkrankte Ovarium als eine straff gespannte, elastische Geschwulst von der Grösse eines Kindskopfes. Fluctuation war in derselben deutlich wahrzunehmen. Patientin befand sich nach der Entbindung vollkommen wohl; auch im Wochenbett bot sie durchaus keine besonderen Erscheinungen dar. In der ersten Zeit des Puerperium klagte sie zwar über unbehagliche, schmerzhafte Empfindungen im Abdomen beim Aufrichten; nach Ablauf einer Woche indessen verloren sich dieselben, Patientin verliess das Bett und konnte ihrer gewohnten Beschäftigung wieder nachgehen. Mit der fortschreitenden Rückbildung des Uterus rückte die Geschwulst mehr gegen die Mitte des Abdomen hin, bot jedoch am Ende des Wochenbettes eine irgendwie erhebliche Volumszunahme nicht dar. Ja auch nach Ablauf von nahezu vier Monaten, Mitte August 1873, fand ich den Tumor noch genau von derselben Grösse eines Kindskopfes, die derselbe im Moment nach der Entbindung zeigte. Das Kind war nach neunwöchentlicher Lebensdauer gestorben, die Frau selbst befand sich in einem erträglichen Zustande, klagte nur über eine äusserst profuse Menstruation, geringe Schmerzen im Abdomen und über den fortschreitenden Verfall ihrer Kräfte. Vielleicht wird auch in diesem Falle zur geeigneten Zeit die Ovariotomie vorgenommen und Patientin dadurch von ihren Leiden befreit werden.

Die auf den vorhergehenden Seiten detaillierter beschriebenen Fälle als Basis und Ausgangspunkt benutzend, will ich nunmehr versuchen, im Folgenden die Ergebnisse meiner Studien über unseren Gegenstand in möglichst gedrängter Fassung darzulegen.

Zunächst einige geschichtliche und literarische Notizen. Ovarientumoren als Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren schon den alten Geburtshelfern bekannt. Die ersten Fälle dieser Art wurden von Baudelocque und von der vielerfahrenen Madame Lachapelle veröffentlicht. Indessen ist es das unbestrittene Verdienst der Engländer, zuerst auf diese wichtige Complication aufmerksam gemacht zu haben. Denman, Parks, Merriman sind hier vor Allen zu erwähnen. Auf ihren Beobachtungen basiert auch die Arbeit von Puchelt, die im Jahre 1840 zu Heidelberg unter dem Titel „De tumoribus in pelvi partum impedientibus“ erschien. Wie der Titel anzeigt, werden in dieser Schrift von Puchelt nur die Geburtsstörungen, zu welchen die Ovarientumoren Veranlassung geben können, berücksichtigt. Dasselbe gilt von der Abhandlung von Litzmann „Die Eierstocksgeschwülste als Ursachen von Geburtsstörungen“, welche im Jahrgang 1852 von Göschen's „Deutscher Klinik“ erschien. Wiederum ist es nun England, wo wir die grössten Männer sich eingehend mit diesem Gegenstande beschäftigen sehen. Spencer Wells u. a. stiessen unerwarteter Weise bei Gelegenheit von Ovariotomien auf Gravidität; sie zögerten nicht aus ihren diagnostischen Irrthümern die Wissenschaft Nutzen ziehen zu lassen. Im Schoosse der „Obstetrical Society of London“ wurde unser Gegenstand

eifrig discutiert. Ich finde im IX. Bande der „Obstetrical Transactions“ der genannten Gesellschaft einen Artikel von William Playfair, überschrieben „On the treatment of labour, complicated by ovarian tumour“, in welchem der Verfasser hauptsächlich die verschiedenen bei dieser Complication während der Geburt in Anwendung kommenden therapeutischen Verfahren kritisiert und die Resultate derselben gegeneinander abwägt. Als jüngste Arbeit auf unserem Gebiete ist die Dissertation von Eugène Doumairon zu erwähnen, welche unter dem Titel „Étude sur les kystes ovariques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité“ im Jahre 1868 zu Strassburg erschien. Diese Schrift enthält manchen schätzenswerthen Beitrag zur Geschichte des uns vorliegenden Gegenstandes.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich hier näher auf die verschiedene Natur der Ovarientumoren eingehen. Bekannt ist, dass die Ovarien Sitz der verschiedenartigsten Neubildungen werden können, dass sich gelegentlich Fibrome, Sarkome, Carcinome etc. in ihnen entwickeln. Bei weitem am häufigsten jedoch sind es einfache oder zusammengesetzte Cysten, welche, in dem Ovarium sich entwickelnd, dasselbe oft in enormer Weise vergrössern. Doumairon in seiner Arbeit berücksichtigt daher auch nur diese letzteren, indem er sie in seröse Cysten und Dermoidcysten eintheilt. Es scheint mir diese Eintheilung, so wenig sie wissenschaftlich zu rechtfertigen ist, auch vom rein practischen Standpuncte sich durch bessere ersetzen zu lassen. Am zweckentsprechendsten dürfte es sein, die Ovarientumoren entweder in solche,

die frei beweglich und in solche, die mit den Nachbarorganen verwachsen sind, einzutheilen, oder sie in solche mit flüssigem und in solche mit mehr weniger festem Inhalt zu unterscheiden. Ich werde nachweisen, dass man bei der Beurtheilung eines Falles fast stets auf das eine oder das andere dieser beiden Eintheilungsprincipien wird recurrieren müssen.

Ich beginne nunmehr mit der Schilderung des Einflusses von Ovarientumoren auf die Schwangerschaft. Zuvor sei erwähnt, dass dieselben ein Conceptionshinderniss nicht abgeben, es sei denn, dass die Degeneration sich auf beide Ovarien erstrecke. Wie aus den beiden von mir mitgetheilten Fällen und aus einer sehr grossen Anzahl anderweitiger Beobachtungen hervorgeht, stören die Ovarientumoren in der Regel den Verlauf der Schwangerschaft nicht. Es leuchtet ein, dass die Verhältnisse sich je nach der Natur, dem Volumen, dem Sitz, der etwaigen Beweglichkeit oder Verwachsung des Tumor verschieden gestalten werden.

Je nachdem das rechte oder das linke Ovarium erkrankt ist, befindet sich die Geschwulst etwas mehr rechts oder links in der excavatio recto-uterina, in dem sog. Douglas'schen Raum. Cruveilhier findet den anatomischen Grund dieses Verhaltens in dem Widerstande, welchen das breite Mutterband dem Wachsthum des Ovarium nach vorn entgegensetzt, wodurch dasselbe gezwungen werde, sich nach hinten in die excavatio rectouterina zu begeben. Verwechselungen hier lagernder Ovarientumoren mit dem gelegentlich im Zellgewebe

zwischen Rectum und Vagina sich entwickelnden Geschwülsten sind oft schwer zu vermeiden.

Am mindesten störend werden begreiflicherweise kleine Tumoren einwirken, ja manchmal geben dieselben zu gar keinen Beschwerden Anlass, so dass die Patientinnen ihre Gegenwart nicht einmal ahnen. Auch in dem Falle wird ein in der excavatio-recto-uterina lagernder Ovarientumor, selbst wenn er bereits eine beträchtlichere Grösse erlangt hat, die Entwicklung und Ausdehnung des schwangeren Uterus nicht wesentlich zu behindern im Stande sein, ich meine, wenn entweder sein Inhalt ein flüssiger, von der wachsenden Gebärmutter verdrängbarer ist, oder wenn sein völliges Freisein von Verwachsungen es dem genannten Organe gestattet, ihn aus der Beckenhöhle vor sich her in das Abdomen hinaufzuschieben.

Anders gestaltet sich dagegen die Sache, wenn die Geschwulst hart, fest, nicht comprimierbar ist, oder wenn sie bereits während ihres Aufenthalts im Douglas'schen Raum feste Verwachsungen mit den Nachbartheilen einging. Die Ausdehnung des Uterus wird alsdann mit grossen, oft unüberwindlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, auf jeden Fall wird die Gebärmutter einer argen Compression ausgesetzt sein, deren fast unvermeidliche Folge ein frühzeitiger Abortus sein müsste.

Indessen ist diese Eventualität, wie bereits erwähnt, glücklicherweise selten. Weit häufiger werden dagegen in den ersten Schwangerschaftsmonaten die folgenden Erscheinungen beobachtet. Der in der excavatio recto uterina liegende Tumor drängt die Vaginalportion des

Uterus gegen die Symphyse; in demselben Maasse wird sich der fundus uteri nach hinten neigen. Kurz eine Retroversio uteri stellt sich her. Alsbald treten die bekannten Symptome dieser Affection auf, welche von dem Druck abhängen, welchen die Beckenorgane von Seiten des horizontalgestellten Uterus erfahren. Ausser ziehenden Schmerzen im Unterleib und im Kreuz sind es hauptsächlich die Störungen in der Function der Blase und des Rectum, worunter die Frauen zu leiden haben. Auch in den von mir mitgetheilten Fällen waren dieselben in ausgesprochener Weise vorhanden. Die Patientinnen klagten unausgesetzt über Urinbeschwerden, Stuhlverstopfung und Schmerzen bei der Defaecation.

Hat der wachsende Uterus den Tumor vor sich her aus der Beckenhöhle in das Abdomen hinaufzudrängen vermocht, so verlieren sich die erwähnten Beschwerden, freilich nur um im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft anderen, nicht minder lästigen, Platz zu machen. Es begreift sich leicht, dass die Ausdehnung des Abdomen, welches neben dem schwangeren Uterus nun auch noch den Ovarialtumor beherbergen muss, eine colossale sein wird. Das hoch hinaufgedrängte Diaphragma beeinträchtigt die Respiration oft genug in gefahrdrohendem Maasse, eine hochgradige Dyspnoe stellt sich ein. Bald gesellen sich nun auch Circulationsstörungen hinzu, die Kranken klagen über Herzklopfen, Ascites und Anasarka der Bauchdecken tritt hinzu, und häufig sehr erhebliche Oedeme der unteren Extremitäten machen den Schwangeren das Gehen beschwerlich und schliesslich unmöglich. Alle diese Symptome waren

auch in den von mir beschriebenen Fällen in mehr weniger ausgeprägter Weise vorhanden.

Eine Unterbrechung der Schwangerschaft gehört auch in diesem Stadium zu den Seltenheiten. Steinbrenner theilt einen Fall mit, wo die Dyspnoe bei einer im 8. Monat schwangeren Frau, deren Abdomen durch eine gleichzeitig vorhandene Ovarialcyste enorm ausgedehnt erschien, so hochgradig war, dass die Patientin in Gefahr schwebte, asphyktisch zu werden. Trotzdem erfuhr die Schwangerschaft keine Unterbrechung, ja es zeigten sich nicht einmal die Symptome eines drohenden Abortus; vielmehr erreichte die Schwangerschaft, nachdem die Cyste punctiert war, ihr normales Ende.

In Beziehung auf das Verhalten der Frucht der in Rede stehenden Complication gegenüber ist zu erwähnen, dass die Ernährung und Entwicklung derselben in keiner Weise durch dieselbe beeinträchtigt zu werden scheint. So wurde in unseren Fällen jedesmal ein vollkommen entwickeltes, kräftiges Kind geboren und ich finde in der Literatur keinen Fall erwähnt, in dem es sich anders verhalten hätte.

Es erübrigten nun noch einige Bemerkungen über das Verhalten der Geschwulst während der Gravidität. Von competenter Seite ist die Behauptung aufgestellt worden, dass das Wachsthum von Ovarientumoren während der Schwangerschaft eine merkliche Beschränkung erfahre, ja dass dieselben manchmal während derselben vollkommen stationair blieben. Vielleicht liesse sich dies dadurch erklären, dass das Ernährungsmaterial, welches vor dem Eintritt der Conception der

Geschwulst zu Gute kam, nach erfolgter Empfängniss allein für den schwangeren Uterus verwendet werde. Andere versichern dagegen, der Tumor wachse während der Gravidität ruhig weiter, manchmal sogar rascher als vor derselben. Das gesteigerte Gefässleben, in dem sich während der Schwangerschaft die Organe des Beckens befinden, giebt hierfür vielleicht eine Erklärung ab. Indessen, da die Angaben sich geradezu widersprechen, muss ich die Sache in suspenso lassen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass eine Ruptur von Ovarientumoren während der Schwangerschaft bisher nicht beobachtet worden ist; jedoch kann man die Möglichkeit einer solchen nicht in Abrede stellen.

Ich komme nunmehr zu dem wichtigsten Theil meiner Aufgabe, nämlich zur Schilderung des Einflusses, welchen die Ovarientumoren auf die Geburt ausüben und der Störungen, zu welchen sie während derselben Veranlassung geben können. Zugleich werde ich in diesem Abschnitte die bisher bei mit Ovarientumoren complicierten Geburten in Anwendung gebrachten therapeutischen Verfahren abhandeln, auch kurz die erzielten Resultate berücksichtigen.

Ungleich häufiger als auf den Verlauf der Schwangerschaft wirken Eierstocksgeschwülste auf den der Geburt störend ein. In manchen Fällen indessen, und hierher gehört der zweite der von uns beobachteten, ist das Vorhandensein dieser Complication auf die Geburtsthätigkeit von geringem, kaum merklichem Einfluss, und die Geburt kommt in normaler Weise rasch

und ohne jegliche Kunsthülfe zu Stande. In anderen Fällen wiederum ist eine mehr weniger verlängerte Dauer der Austreibungsperiode der einzige sichtbare Effect eines die Geburt complicierenden Ovarialtumor, ein Umstand, der jedoch häufig genug eine Beendigung der Geburt auf operativem Wege nothwendig macht. So schien es in dem ersten von mir mitgetheilten Falle, nachdem eine aufreibende Geburtsarbeit bereits 36 Stunden ohne merklichen Erfolg andauerte, geboten, zur Anlegung der Zange zu schreiten.

Es liegt auf der Hand, dass die geringere oder grössere Erschwerung der Geburt hauptsächlich von dem Volum, der Consistenz, der Lage und der Beweglichkeit der Geschwulst abhängt. Fälle, wie die soeben angedeuteten, werden sich daher entweder auf kleine, weiche Tumoren mit flüssigem Inhalt, die der vorangehende Kindestheil zu comprimieren oder zur Seite zu drängen vermag, beziehen, oder aber auf langgestielte, nicht mit den Nachbarorganen verwachsene und daher äusserst bewegliche Geschwülste, die schon während der Schwangerschaft von dem wachsenden Uterus aus der Beckenhöhle in das Abdomen hinaufgeschoben waren.

Dagegen genügt bei einer harten, festen, wenig comprimierbaren Geschwulst oder bei einer solchen, die bereits in der Beckenhöhle mit den benachbarten Theilen zahlreiche und feste Verwachsungen einging, schon eine geringe Grösse, um der Austreibung der Frucht schwere, ja manchmal unüberwindliche Hindernisse in den Weg zu legen. Begreiflicherweise werden alsdann auch die energischesten Contractionen des

Uterus ohne Erfolg bleiben. Ich finde zwar in der Literatur keinen Fall angeführt, wo diese maasslosen, vergeblichen Anstrengungen der Gebärmutter eine Ruptur derselben bewirkt hätten; die theoretische Möglichkeit einer solchen lässt sich indessen gewiss nicht bestreiten. Auf jeden Fall wird der Uterus, wenn er sich längere Zeit fruchtlos bemüht hat, sich seines Inhalts zu entledigen, schliesslich in ein Stadium der Erschlaffung gerathen, das ihn zu hyperaemischen und entzündlichen Zuständen disponiert. Alle Gefahren, die eine langdauernde Geburtsarbeit mit sich bringt, drohen hier natürlich in erhöhtem Maasse. Man hat den Tod der Mutter an Erschöpfung während der Geburt eintreten sehen.

Dazu kommen die Gefahren, welche aus der Zerrung und der Compression, denen der Tumor während der Wehenthätigkeit unterliegt, resultieren. Playfair macht wiederholt darauf aufmerksam, dass, wenn die Geschwulst längere Zeit hindurch zwischen Fruchtkopf und Beckenwänden gedrückt und gequetscht werde, fast ausnahmslos in der Folge entzündliche Processe an ihr aufträten. Diesem Umstande misst der genannte Beobachter vorzugsweise die ungünstigen Resultate bei, welche das sog. exspectative Verfahren aufzuweisen hat.

Endlich hat man Zerreissungen der Geschwülste während der Geburt beobachtet. Es kommen hier hauptsächlich einfache oder zusammengesetzte Cysten mit flüssigem Inhalt und dünnen, vielleicht auch entzündeten Wänden in Betracht. Begreiflicherweise sind derartige in der Beckenhöhle lagernde Geschwülste der

Gefahr einer Ruptur in weit höherem Grade ausgesetzt als diejenigen, welche im Abdomen liegen. Indessen auch bei letzterem Sitz ist eine Zerreissung der Geschwulst in Anbetracht der hochgradigen Compression, welche dieselbe zwischen dem fest contrahierten Uterus und den straff gespannten Bauchdecken zu erleiden haben kann, sehr wohl denkbar. Die Folgen einer solchen Ruptur sind natürlich je nach der Qualität des Materials, welches sich dabei in den Peritonaealsack ergiesst, verschieden, beginnend von den Symptomen leichter peritonitischer Reizung bis zur sog. „péritonite foudroyante."

Was nun die therapeutischen Indicationen anlangt, so habe ich von dem sog. exspectativen Verfahren bereits gesprochen und erwähnt, dass die Resultate desselben in der Regel ungünstig sind. Playfair warnt daher eindringlich davor, dasselbe auf allzulange Zeit auszudehnen, ja er räth sogar, auch in solchen Fällen, die eine Möglichkeit der Vollendung der Geburt durch die Naturkräfte nicht ausschliessen, die Geschwulst durch eine Punction, von der ich später reden werde, möglichst zu verkleinern zu suchen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Zerrung und Quetschung des Tumor, die er für besonders verderblich hält, dadurch verringert wird. Von 13 Fällen, in denen die Geburt den Naturkräften allein überlassen wurde, sah Playfair 6 für die Mutter tödtlich enden.

Ein sehr einfaches und ebenso gefahrloses Verfahren ist das Hinaufschieben des Tumor über den Beckeneingang. Unzweifelhaft wäre dies die beste Therapie, aber es gehören zur Möglichkeit der Ausführung dieser

Operation mancherlei Bedingungen, die leider häufig genug nicht erfüllt sind. Vor allen Dingen darf die Geschwulst nicht durch Verwachsungen mit den Nachbartheilen in der Beckenhöhle fixiert sein. Bei derartigen Tumoren sind alle Repositionsbestrebungen vergeblich. Andererseits muss erwähnt werden, dass mobile Geschwülste in der Regel schon von dem wachsenden Uterus in das Abdomen hinaufgedrängt wurden. Doch ereignet es sich nicht so selten, dass sie während der Wehenthätigkeit wieder in das Becken zurückfallen. Alsdann wird man in den meisten Fällen während der Wehenpausen, vielleicht auch nach eingeleiteter Chloroformnarkose, wie Braxton Hicks räth, die Reposition des Tumor mit Erfolg vornehmen können. Nie unterlasse man ausgedehnte Repositionsversuche zu machen; von keinem Verfahren sah man günstigere Erfolge. Playfair führt 5 Fälle an, in denen die Reposition gelang; alle endeten für die Mutter glücklich. Lässt die Reposition im Stiche, so bleibt ja noch immer eine Reihe anderer Verfahren, die Geburt zu beenden.

Unter diesen ist zunächst die Verkleinerung des Tumor durch die Punction hervorzuheben. Ich erwähnte bereits, dass man die Punction von Ovariencysten auch schon während der Schwangerschaft ausgeführt hat. Sie wird hier gelegentlich nothwendig wegen der enormen Ausdehnung des Abdomen mit ihren Folgen, als Dyspnoe, Oedem der unteren Extremitäten, oder wegen eines etwa drohenden Aborts. Ihren grössten Vertheidiger findet die Punction während der Schwangerschaft in Spencer Wells. Derselbe

hat nie irgend welche üble Zufälle darauf folgen, vor Allem niemals die Schwangerschaft dadurch unterbrochen werden sehen. Zur Erleichterung und Abkürzung des Geburtsherganges wurde die Punction hauptsächlich von Merriman und Playfair empfohlen. Letzterer punctierte sogar kleine Cysten, welche die Vollendung der Geburt auf natürlichem Wege vielleicht sehr wohl gestattet hätten. Man könnte hier die Punction als prophylaktische bezeichnen. Ich sprach darüber bereits an einer anderen Stelle. In allen Fällen führte die Punction zu sehr günstigen Resultaten. Playfair punctierte 9 Mal, stets mit dem erfreulichsten Erfolge. Natürlich bezieht sich das Gesagte nur auf uniloculaire Cysten mit dünnflüssigem Inhalt; bei multiloculairen Cysten oder solchen, deren Inhalt dickflüssig ist, wird eine Punction, ja oft auch sogar eine Incision, keinen grossen Erfolg haben; bei soliden Tumoren ist beides nutzlos. Als am meisten für die Punction geeignete Stelle bietet sich in der Regel die hintere Vaginalwand dar; stets wird man während einer Wehe die Operation ausführen, weil alsdann der Tumor einen deutlich fühlbaren und leicht zu erreichenden Vorsprung bildet.

Erscheint die Punction von vorne herein unthunlich, oder erzielt man durch dieselbe nicht den gewünschten Erfolg, so sucht man mittelst eines der noch übrigen Verfahren die Geburt zu vollenden. Ich werde mich begnügen, dieselben kurz anzudeuten. Was zunächst die Wendung auf die Füsse anlangt, so hat man damit, wie die Statistik ausweist, nur schlechte Re-

sultate erzielt. Vielleicht erklären sich dieselben aus der Compression, welche der Tumor bei diesem Verfahren zu erleiden hat. Gestattet die Geschwulst die Einführung der Zange, so wird man sich oft in die Lage versetzt finden, mit Hülfe derselben eine raschere Vollendung der Geburt zu bewirken. Häufig genug hat man nach voraufgegangener Reposition oder Punction der Geschwulst schliesslich noch die Zange anlegen müssen. Die Einleitung des künstlichen Abortus und der künstlichen Frühgeburt scheint gegenüber den günstigen Erfolgen, die man durch die Punction erzielt hat, zu verwerfen. Zur Craniotomie und Embryotomie schreitet man begreiflicherweise erst dann, wenn man die Ueberzeugung gewonnen, dass alles Andere nutzlos. Natürlich wird man sich bei todtem Kinde rascher dazu entschliessen als bei lebendem. Die Resultate sind äusserst ungünstige; Playfair führt 15 Fälle an, von denen 7, also fast die Hälfte, für die Mutter letal endeten. Die Ovariotomie an einer Schwangeren oder Kreissenden vorzunehmen, hat bisher noch Keiner gewagt; ich erwähnte bereits, dass, wo es geschehen ist, es die Folge eines beklagenswerthen diagnostischen Irrthums war. Auch den Kaiserschnitt hat man bis jetzt unter gleichen Umständen nicht ausgeführt; man könnte sich vielleicht zu demselben entschliessen, um bei einem ohnehin verlorenen mütterlichen Leben das des Kindes zu retten.

Es bleibt mir nun noch übrig, den Einfluss von Ovarientumoren auf das Wochenbett zu schildern. Sowohl aus dem einen wie aus dem anderen eingangs erzählten Falle erhellt, dass der Verlauf desselben ein von dem eines normalen Wochenbettes kaum abweichender sein kann. Indessen sind solche Fälle leider als die selteneren zu bezeichnen. Der in der Regel mehr weniger erschwerte oder doch verlängerte Geburtshergang bringt es mit sich, dass auch das darauf folgende Puerperium lang und schwer ist. Waren zur Beendigung der Geburt operative Eingriffe erforderlich, so stelle man die Prognose des Puerperium nur mit grosser Vorsicht. Die übelsten Ausgänge hat man nach langdauernden Geburten, die den Naturkräften allein überlassen blieben, nach der Ausführung der Wendung so wie nach der Craniotomie und Embryotomie eintreten sehen. Playfair ist der Meinung, dass die Ursache der bedeutenden Mortalität in diesen Fällen in der hochgradigen Quetschung, welcher der Tumor im Verlauf derartiger Geburten ausgesetzt sei, gesucht werden müsse. In der That hat man in einer nicht geringen Anzahl von letal verlaufenen Fällen die Geschwulst in einem entzündeten Zustande angetroffen, bei Cysten fand man Haemorrhagieen in das Innere derselben, den Inhalt selbst eitrig oder jauchig metamorphosiert.

Dass der Tumor selbst während des Puerperium einem rapideren Wachsthum unterliege, davon ist in beiden von mir mitgetheilten Fällen nichts beobachtet worden. In dem zweiten Falle hatte die Geschwulst nahezu 4 Monate nach der Entbindung noch nicht im Gering-

sten an Volum zugenommen. Nichtsdestoweniger unterliegt es keinem Zweifel, dass in anderen Fällen ein solches beschleunigtes Wachsthum stattfindet. William Robbs berichtet, dass er einmal zehn Tage nach der Entbindung sich gezwungen gesehen habe zur Punction einer Ovarialcyste zu schreiten, so sehr habe in dieser kurzen Frist die Geschwulst an Umfang zugenommen. Ruptur eines Ovarialtumor im Wochenbett ist bis jetzt erst einmal beobachtet worden. Herr Dr. Ruge hat es in einem Falle versucht, das bereits dem sicheren Tode verfallene Leben einer Wöchnerin durch Ausführung der Ovariotomie im Puerperium zu retten; der Versuch war leider von Erfolg nicht gekrönt.

Ich will bei dieser Gelegenheit schliesslich noch erwähnen, dass in neuerer Zeit von England aus der Vorschlag gemacht worden ist, bei unzweifelhafter Diagnose eines neben Gravidität bestehenden Ovarialtumor schon während der Schwangerschaft zur Ovariotomie zu schreiten, und zwar am besten bereits in den ersten Monaten. Dr. Wernich, der diesen Vorschlag für gerechtfertigt erachtet, macht zur Begründung desselben den „geradezu deletairen Einfluss“ der Gravidität auf vorher gutartige Tumoren, mit anderen Worten, die bei Eierstocksgeschwülsten drohende Gefahr des Ueberganges in maligne Formen geltend. Abgesehen davon, dass dieser deletaire Einfluss bisher nur in einer relativ geringen Anzahl von Fällen beobachtet worden ist, möchte ich nur darauf hinweisen, ein wie ungünstiger Zeitpunct für eine so eminent gefährliche Operation wie die Ovariotomie die Schwangerschaft nothwendigerweise sein muss.

Ich meine, dass dieser kühne Vorschlag noch wohl längere Zeit seiner practischen Verwirklichung entgegenharren dürfte. Kann man mit weniger eingreifenden Verfahren zum Ziele kommen, so wird man gewiss günstigere Resultate erreichen. Nichts steht dann im Wege, später gegen den Ovarialtumor zu Felde zu ziehen. Wenigstens wird in der Martin'schen Klinik stets nach diesem Princip gehandelt.

THESEN.

1. Die Theorie von der sogen. Selbsteuerung des Herzens ist unhaltbar.
2. Cholera nostras und Cholera asiatica sind im einzelnen Falle weder klinisch noch anatomisch von einander zu unterscheiden.
3. Diarrhöen bei scrofulösen und tuberculösen Individuen gestatten keinen Rückschluss auf das Vorhandensein von Darmgeschwüren.

Verfasser, geboren zu Neustadt-Gödens in Ostfriesland, am 5. Februar 1848, mennonitischen Glaubensbekenntnisses, genoss bis zu seinem 12. Lebensjahre den Unterricht seines leider allzu früh verstorbenen Privatlehrers, des Herrn Ch. Carstens. Im Herbst 1860 bezog er alsdann das Gymnasium zu Emden, welches er Michaelis 1868 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Mit der Absicht sich dem Studium der Medicin zu widmen, besuchte er darauf die Universität Berlin. Am 7. Juli 1871 bestand er das Tentamen physicum daselbst und am 29. Juli 1873 das Examen rigorosum. Er hörte während seiner Studienzeit die Vorträge folgender Lehrer: Peters, A. W. Hofmann, Dove, Koch, Hartmann, Reichert, du Bois-Reymond, Munk, Hirsch, Gurlt, Virchow, Liebreich, Droysen, Frerichs, Traube, Waldenburg, Fräntzel, Bardeleben, v. Langenbeck, Wegner, Martin, Schweigger. Allen diesen Herren spricht er hiermit seinen Dank aus.